UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1948 N° 101

CONSIDERATIONS CLINIQUES ANATOMO-PATHOLOGIQUE ET THÉRAPEUTIQUE sur LA MUCOCELE APPENDICULAIRE

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1948

PAR

Pierre SAUNÉ

MEMBRES DU JURY... MM. VIRENQUE *Président.*
GRIMOUD
GADRAT
LASSERRE
} *Assesseurs*
BAZEX, *Suppléant.*

IMPRIMERIE TOULOUSAINE (LION RAOUL)
2, rue Romiguières, 2

1948

CONSIDERATIONS CLINIQUES

Anatomo-Pathologique et Thérapeutique sur la Mucocèle Appendiculaire

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

	MM.
Doyen	CALVET
Assesseur	LEFEBVRE
Doyens honoraires	BARDIER, GORSE

Professeurs honoraires

MM. RISPAL, MERIEL, CAUBET, RIBAUT, MAURIN, ARGAUD, DALOUS, LAFFORGUE, SERR

PROFESSEURS

	MM.
Clinique de neurologie et psychiatrie	RISER
Clinique médicale	TAPIE, ROQUES
Clinique obstétricale	GARIPUY
Physiologie	SOULA
Clinique chirurgicale et du cancer	DUCUING
Physique biologique et médicale	BUGNARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA
Chimie et toxicologie	BRUSTIER
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE, VALLOIS
Anatomie	CLERMONT
Histoire naturelle	DELAS
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (R.)
Pharmacie	CAUJOLLE
Pathologie interne	MOREL
Bactériologie - Hygiène - Médecine sociale	ANDRIEU
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VIRENQUE
Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.)
Matière médicale	VINCENT
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MERIEL (P.)
Anatomie pathologique	FABRE (J.),
Cliniq. oto-rhino-laryngologique et chirurgie maxillo-faciale.	CALVET
Clinique ophtalmologique	CALMETTES
Chimie biologique	VALDIGUIE.
Médecine légale et Médecine du travail	PLANQUES
Histologie et embryologie	BROUSSY.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie	M. BAISSET,
Anatomie	COULOUMA.
Obstétrique	GUILHEM

AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	LAZORTHES
Histologie	BIMES, ch. des f.
Médecine	GADRAT, DARNAUD, GERAUD, DARDENNE, LAPORTE (J.),
Ophtalmologie	DEODATI.
Physique Médicale	MARQUES.
Chirurgie	GRIMOUD, RIEUNAU, DIEULAFÉ, DAMBRIN (P.),
Pharmacie	COUTURIER.
Chimie générale pharmaceutique	BLANC.
Histoire Naturelle Pharmaceutique	Mme DULUCQ-MATHOU.
Odonto-Stomatologie	CADENAT

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.
Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	GARIPUY
Cours d'anatomie aux élèves sages-femmes	GUILHEM
Chimie pathologique	VALDIGUIE (P.)
Chimie biologique	VALDIGUIE (P.)
Chimie minérale	BLANC
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT
Dermatologie et syphiligraphie	BAZEX,
Législation pharmaceutique	BGUISSET
Clinique de la tuberculose	MOREL (L.), DAMBRIN (P.)
Microbiologie	BOUISSET
Parasitologie	LASSERRE
Botanique et cryptogamie	Mme DULUC-MATHOU.
Chimie analytique	BLANC
Hydrologie et géologie	ASTRE
Médecine Sociale et du Travail.	BOUNHOURE.
Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS
Pharmacodynamie	BOUNHOURE.
Bactériologie et Hygiène	LAPORTE.
Urologie	LHEZ.
Ophtalmologie	DEODATI.
Neuro-chirurgie	LAZORTHES,
Oto-Rhino-Laryngologie	CLAUX.

Secrétaire de la Faculté .... DUCROS

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats. (Délibération du 12 mai 1891.)

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1948 N° 101

CONSIDERATIONS CLINIQUES ANATOMO-PATHOLOGIQUE ET THÉRAPEUTIQUE sur LA MUCOCELE APPENDICULAIRE

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1948

PAR

Pierre SAUNÉ

MEMBRES DU JURY... MM. VIRENQUE *Président.*
GRIMOUD
GADRAT
LASSERRE
} *Assesseurs*
BAZEX, *Suppléant.*

IMPRIMERIE TOULOUSAINE (LION RAOUL)
2, rue Romiguières, 2

1948

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

CE TRAVAIL EST DEDIE

A LA MEMOIRE
DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PERE

En témoignage de ma reconnaissance et de ma profonde affection.

A MA TANTE

Témoignage bien faible de toute mon affection et de toute ma gratitude.

A MON FRERE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur VIRENQUE

Professeur de Clinique chirurgicale infantile

Avec notre profonde reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A NOTRE JURY DE THESE

Monsieur le Professeur GRIMOUD

Professeur agrégé à la Faculté

Monsieur le Professeur GADRAT

Professeur agrégé à la Faculté

Monsieur le Docteur J. LASSERRE

Médecin Phtisiologue des Hôpitaux
Chargé de Cours à la Faculté

Monsieur le Docteur BAZEX

Chargé de Cours à la Faculté

En témoignage de reconnaissance pour l'honneur qu'il nous ont fait en acceptant de constituer notre Jury.

A NOS MAITRES
DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

Au Docteur LAURENTIER

Médecin Chef des Hôpitaux

Qu'il soit persuadé de trouver ici l'assurance de ma très sincère reconnaissance pour avoir guidé et assuré, de ses conseils éclairés, mes premiers pas en Médecine.

Puisse ce travail être pour lui un gage de ma respectueuse affection !

Introduction

La rareté de la mucocèle appendiculaire, les erreurs de diagnostic auxquels elle donne lieu (cancer du cœcum et kyste de l'ovaire notamment), erreurs levées sur la table d'opération, semblent l'avoir rejetée dans le domaine des raretés chirurgicales. Or, périodiquement, des publications viennent nous rappeler un intérêt loin d'être négligeable en réalité.

— Intérêt dû d'abord à sa rareté. En réalité, des recherches récentes (Berger, Hartmann) ont prouvé que si la mucocèle appendiculaire à forme tumorale perceptible à la seule palpation demeure encore l'exception, l'appendicite à forme mucoïde avec extrémité renflée, remplie d'un liquide plus ou moins blanchâtre se révèle être très fréquente lorsque l'on veut bien examiner systématiquement cette pièce opératoire. Du reste, il en va ici comme pour beaucoup d'autres cas répétés ayant tendance à diminuer et il est certain que si sur les moindres légers symptômes appendiculaires, les ablations n'était pas faites en série, nous trouverions encore un bien plus grand nombre de cas typiques.

— Erreur de diagnostic avons-nous dit? Là encore il convient d'examiner la question : s'il est, en effet, difficile dans certaines formes simulant ou associées aux kystes ovariens ou encore donnant des tableaux plus ou moins complets d'occlusion, d'arriver à une certitude autre que l'indication opératoire, nous démontrerons que dans les cas typiques, il est possible par les seules données de la clinique et de la radiologie, d'arriver à une notion exacte de l'affection.

— Intérêt dû aussi aux multiples rapports de la mucocèle et de ses associations, notamment avec les cancers appendiculaires ou les pseudo-myxomes péritonéaux diffus, la présence simultanée de ces trois affections ayant été décrite dans la thèse de Jean-Henri Bleirard (Paris, 1947), ce qui nous permettra, en nous basant sur l'observation rapportée, de n'étudier que la seule mucocèle appendiculaire, sans entrer dans l'étude vaste de ses diverses associations dont nous donnerons cependant un rapide aperçu aux formes cliniques ou au diagnostic différentiel, ainsi que par les observations de MM. Lardenois et Maulouguet (Académie de Chirurgie, déc., 1938).

Observations

(Professeur Virenque)

Un homme âgé de 42 ans, Monsieur M..., célibataire, n'ayant jamais rien présenté de suspect durant sa vie, mais de constitution générale plutôt faible (il n'a jamais fait son service militaire), vient pour consulter à propos de petites crises douloureuses de sa fosse iliaque droite.

Le malade révèle que depuis environ 3 ans, il souffrait parfois de douleurs légères localisées à sa fosse iliaque droite et que, d'autre part, il avait déjà alors remarqué un tumeur dans cette région. Mais la conservation relative de son état général et de son appétit lui ayant permis la continuation de son métier de cultivateur, il ne fit rien.

Mais les douleurs continuant à augmenter ainsi que la tumeur, il se décide alors à venir à consulter. L'examen révèle :

Signes fonctionnels :

Douleur de la fosse iliaque droite, sans troubles du transit (constipation, diarrhée, vomissements), conservation de l'appétit, état général à peu près conservé avec légère anémie portant sur la lignée rouge et jamais de température.

Signes physiques :

L'examen révèle une tuméfaction visible de la fosse iliaque droite se détachant sur un ventre plat sous forme de petite voussure.

La palpation montre une tumeur du volume d'une petite

banane, régulière, lisse, à peine sensible, de consistance renitente, occupant la fosse iliaque droite, mais d'une grande mobilité à tel point qu'elle pouvait être ramenée en position sus-pubienne. Par le toucher rectal on percevait vaguement son pôle inférieur.

Radio :

La radio, après lavement baryté et ingestion, révèle une encoche sur le bord interne du cœcum, indiquant une tumeur extrinsèque par rapport à ce dernier. Se basant sur ces éléments le diagnostic du mucocèle appendiculaire est supçonné et le principe de l'intervention posé.

A l'ouverture, on tombe sur une tumeur à surface blanche, nacrée, adherénte au bord interne du cœcum (exactement à l'angle Dièdre Iléo-cœcal). On incise le long d'un plan de clivage, ce qui permet de libérer la tumeur qui ne se trouve plus adhérer que par un moignon d'implantation qui n'est autre que la base de l'appendice très atrophiée, résection après ligature de cette base et fermeture.

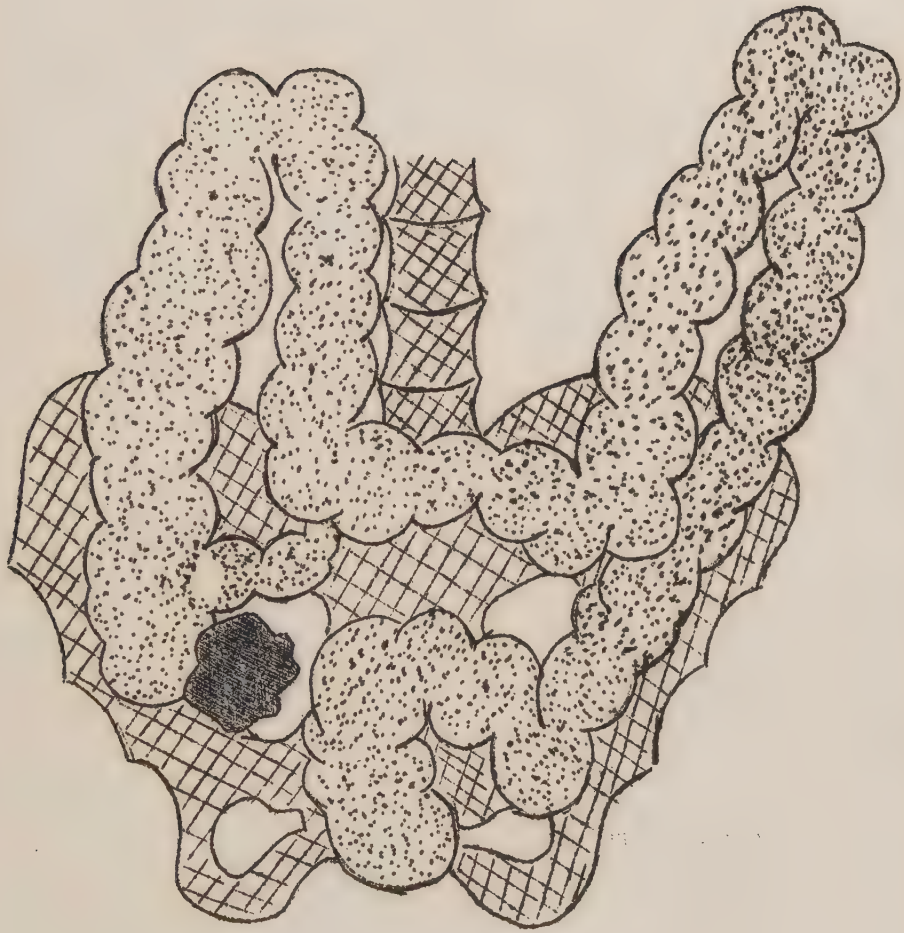
Les suites sont normales mais, trois semaines après l'opération, le malade étant chez lui ressent une violente douleur lombaire droite accompagnée d'hématuries. La durée des phénomènes est de deux jours, puis tout rentre dans l'ordre et actuellement, après plusieurs mois, le malade va très bien.

Signalons comme examens complémentaires que l'urée, les temps de saignement et de coagulation étaient normaux, le B. W négatif, la formule blanche normale, la formule rouge à 4.000.000, indiquant donc une légère anémie.

Examen histologique (Professeur Bimes)

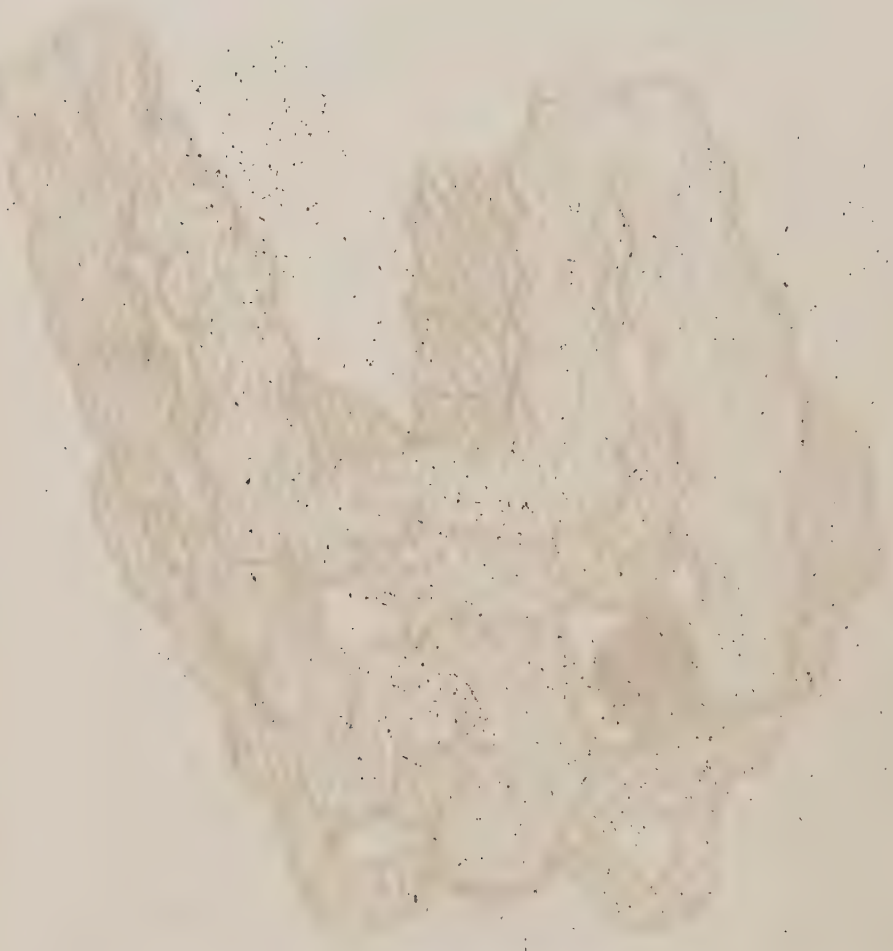
Cet examen insiste particulièrement sur plusieurs points. Il montre d'abord que la pièce à examiner comporte plusieurs tuniques superposées qui correspondent grosso modo aux différentes tuniques de l'intestin. D'autre part, reprenant une à une l'étude de ces tuniques, il en dégage les caractères essentiels :

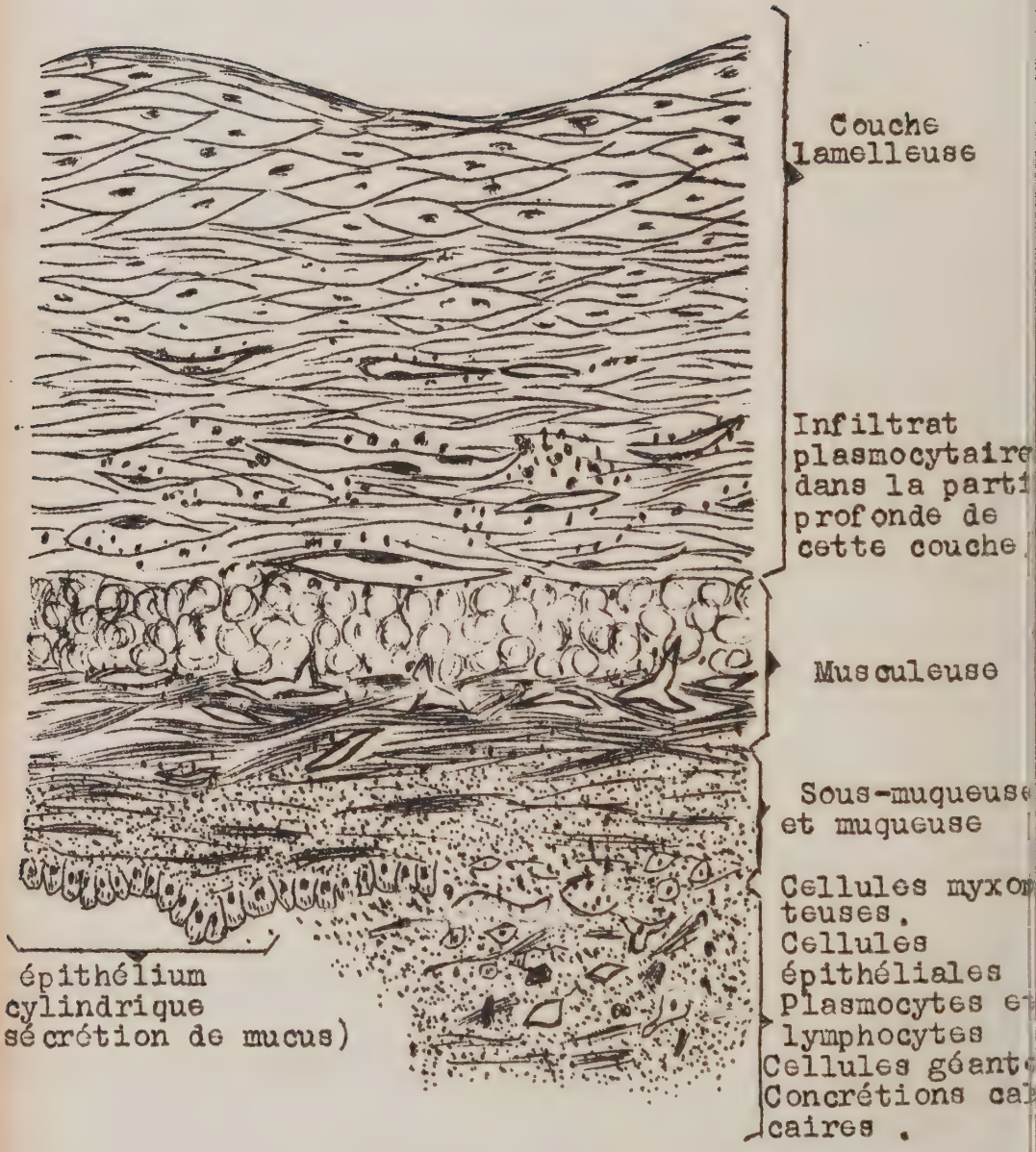
Pour la tunique externe correspondant à peu près à l'adventice, il insiste sur sa constitution en couches lamelleuses très épaisses disposées en strates régulière-



Examen Radiologique de Monsieur M...

(en noir : La mucocèle appendue à la face interne du Coecum)




Couche lamelleuse
Infiltrat plasmocytaire dans la parti profonde de cette couche
Musculeuse
Sous-muqueuse et muqueuse
Cellules myxo teuses.
Cellules épithéliales
Plasmocytes e lymphocytes
Cellules géant
Concrétions ca caires .
épithélium cylindrique (sécrétion de mucus)

ment concentriques, anastomosées entre elles et délimitant des fentes linéaires tapissées de loin en loin par des éléments endothéliformes, sur sa nature collagène, où ne se distingue jamais les vestiges nucléaires correspondant aux noyaux des fibres musculaires, ce qui élimine ainsi son origine musculaire. Il insiste aussi sur les amas ou les files de plasmocytes qui jalonnent les lacunes linéaires, et conclut à l'avascularisation complète de cette couche. En ce qui concerne la tunique musculeuse deux faits sont particulièrement mis en évidence, l'amincissement considérable des deux couches et les infiltrats exclusivements plasmocytaire entourant les lacunes vasculaires.

Enfin la muqueuse et la sous-muqueuse sont représentées comme considérablement atrophiées, réduites à une étroite bande fibreuse, comportant aussi bien à sa périphérie qu'en son sein par endroit un épithélium cylindrique dont les cellules élaborent du mucus. Ailleurs cet épithélium ayant desquamé des cellules conjonctives et surtout endothéliales à type myxomateux au epithélioïde, anastomosées entre elles et donnant naissance à des cellules géantes remplies d'une substance faiblement caséeuse à la détection, et perdu un peu partout de petites concrétions calcaires pouvant se retrouver jusque dans les cellules géantes, et bien entendu toujours deci, de là, des lymphocytes et des plasmocytes en assez grand nombre.

La conclusion est la suivante en se basant sur la fibrose, les plages plasmocytaires périvasculaires les cellules géantes avec fonte casciforme, on est obligé de parler de tumeur inflammatoire de nature syphilitique ou tuberculeuse. Cependat le professeur Bimes frappé par la forme régulièrement ronde des grains calcaires disposés dans les foyers caseiformes emet une autre hypothèse : Ne s'agirait-il pas en réalité d'œufs de parasites ?

OBSERVATIONS DE M. ROUX

Une femme de 55 ans, adressée pour tumeur de la fosse iliaque droite de nature imprécise. Cette tumeur avait

été remarquee pour la première fois par la malade trois mois auparavant elle avait déjà alors son volume actuel. Il s'agissait d'une tumeur du flanc droit assez haut située, dont le pôle inférieur dépassait de 2 travers de doigt environ la ligne des épines iliaques. C'était une tumeur régulière grossièrement ovoïde à grand axe vertical de consistance uniforme et ferme, indolente, la paroi abdominale étant absolument souple, on pouvait très nettement percevoir les contours de cette tumeur que l'on délimitait **parfaitement par toute sa périphérie.** Cette tumeur ne donnait pas franchement le contact lombaire, ne subissait pas l'impulsion des mouvements respiratoires ne remontait pas aisément vers le haut de l'abdomen. Par contre, on pouvait la mobiliser dans le sens transversal et la malade disait parfois l'apercevoir en pleine fosse iliaque et jusque vers la région pubienne.

Le toucher vaginal ne permettait pas de retrouver son pôle inférieur. Il révélait l'intégrité des organes du petit bassin.

Il n'y avait aucun trouble fonctionnel sinon une certaine gêne dans la flexion de la cuisse. On notait en outre quelques impressions nauséeuses, de temps en temps et une légère constipation habituelle; **l'état général était excellent.** Il n'y avait aucun amaigrissement. **La température était normale.** La malade ne présentait aucun **antécédant pathologique** particulier.

A titre d'information supplémentaire, on procéda à :

Un examen de selle : on n'y pût déceler ni sang ni B. K.

Un examen de sang : La formule blanche était normale.

Un examen radiologique : Examen du colon par lavement baryté. Bonne perméabilité des colons jusqu'au sæcum. La masse perçue au palper dans le flanc droit cerclé par le fil de plomb se projette sur le bord externe du cæucum et de l'iléon terminal le cæucum est **réfoulé** vers la ligne médiane et sur son bord externe on distingue un défaut de remplissage ayant l'aspect d'une lacune, d'autre part, l'iléon terminal mobile paraît en partie enclavé dans la masse perçue au palper « il s'agit donc d'une formation pathologique intéressant le cæcum et l'iléon terminal en partie constitué au dépens du cæçum, mais le débordant assez largement; cet état s'accompagne d'un

refoulement du cæcum vers la ligne médiane et d'une certaine rotation de celui-ci. Le diagnostic radiologique le plus vraisemblable est celui d'une bacillose en raison de la co-existence d'une atteinte iléale mais on doit aussi envisager celui d'une métaplasie en grande partie ganglionnaire. Le malade est opéré anesthésie générale à l'éther. Incision verticale au bord externe du muscle droit depuis le rebord condrocostal jusqu'à 4 travers de doigt de l'insertion pubienne du muscle

On tombe sur une tumeur iléo-cœcale externe qui fait suite au cæcum au dépens du fond duquel elle semble s'être développée; cette tumeur a un calibre égal à celui du gros intestin. Le cæcum et la tumeur qui le prolonge dessine un coude serré en épingle à cheveu à concavité supérieure, la tumeur acollée au colon ascendant en canon de fusil **est uni à lui par des formations vélamenteuses extrêmement serrées.**

La tumeur présente un diverticule en forme de trompe ou de corne dirigée directement en dehors au niveau de son bord externe. Elle est partout bien limitée sa surface présente çà et là en dehors de la formation sus indiquées quelques boursouflures peu saillantes. **On ne voit pas l'appendice vermiculaire.** La consistance de la tumeur est celle d'une masse dense mais non absolument solide, c'est plutôt la consistance un peu dépressible d'un kyste dermoide de l'ovaire l'aspec extérieur correspond du reste tout à fait à celui d'une tumeur dermoide : elle est blanchâtre, lisse, parcourue de petites herborisations vasculaires.

Il a été déjà été dit que la tumeur adhérait fortement par son bord externe au caeco-colon; il semble que le clivage en serait laborieux. De plus la tumeur au niveau de sa partie de raccordement avec l'intestin sain afleure la terminaison de l'iléon. Son ablation au plus court est la réparation consécutive du fond caecal risquerait de gêner le jeu normal de la valvule iléo-cæcale, on se résoud donc à pratqiuer une hémicolectomie droite avec suture iléo-colique altéro latérale en 2 plans après fermeture des 2 branches des sections iléales et coliques, poudrage sulfamidé de la zone de décollement colique que l'on draine par la partie basse de l'incision fermeture de la paroi en 3 plans.

Examen de la pièce opératoire :

La pièce étant coupée suivant le grand axe du colon, on voit en réalité que la tumeur est une **formation kystique sous-cæcale** remplie d'une substance mucoide dense de coloration brunâtre; la paroi du kyste est formée par une mince membrane blanchâtre épaisse de moins de un millimètre au niveau du pôle inférieur du kyste qui correspond au cæcum, la muqueuse cæcale est refoulée par la paroi du kyste et bombe à l'intérieur de la lumière colique le sac cæcal a pratiquement disparu et est complètement effacé par suite du développement de la tumeur; il n'y a **aucune communication entre le kyste et la lumière intestinale.**

Examen histologique :

Il révèle une **paroi formée de fibres musculaires lisses** avec çà et là des **nodules lymphoides; il existe aussi de temps à autre des inclusions calcaires,** et un véritable aspect athéromateux de la paroi du kyste. Le contenu du kyste est une substance anhiste cohérente, assez homogène qui donne les réactions chimiques du mucus.

L'histologie de la paroi du kyste. l'absence d'appendice vermiculaire descelable donnent à penser que ce kyste est précisement développé au dépens de l'appendice iléo-cæcal. A première vue la continuité parfaite de la tumeur avec le gros intestin aurait semblé devoir faire écarter l'origine appendiculaire de la masse, mais si l'on se souvient qu'embryologiquement, l'appendice est dans la continuité directe du cæco-colon ascendant, on peut très bien concevoir qu'à la faveur du développement énorme de la tumeur, et du refoulement du cæcum dont la tumeur s'est en quelque sortie coiffée, l'aspect indiqué ait pu être réalisé par une volumineuse mucocèle appendiculaire.

OBSERVATIONS DE M. JEAN BERGER

Académie de Chirurgie (7 décempre 1938)

Il s'agit d'une malade d'une quarantaine d'années Madame L..., opérée à la Maison de Santé le 23 février 1938.

Cette malade est venue me trouver avec son médecin le docteur Rostaigne à l'occasion de la découverte fortuite d'une volumineuse tumeur de la fosse iliaque droite. La malade n'avait présenté à aucun moment, ni troubles généraux ni troubles fonctionnels. Pas de passé grastro-intestinal, digestion et selles normales; pas de douleurs, pas d'amaigrissement. A la palpation de la fosse iliaque, on constatait l'existence d'une tumeur régulière, arrondie, à limites supérieures nettes, mobilisable transversalement et en hauteur. Toucher vaginal normal. Une radiographie montrait une déformation du fond et du bord interne du cæcum s'étendant jusqu'au dessus de la valvule iléo-cæcale sous forme d'une image lacunaire, mais à contours plus regulières qu'il n'est habituel de les voir. Le diagnostic clinique porté fut celui de tumeur du cæcum et une intervention fut décidée rapidement.

Intervention le 23 février 1938.

Longue incision de Roux dans la fosse iliaque droite après anesthésie à l'éther. Péritoine normal. On amène au dehors le cæcum qui présente une énorme hypertrophie dure, regulière, rénitente; la fin du grêle n'est pas dilatée. Le colon ascendant est de volume normal. L'appendice n'est pas visible.

Je fais une résection à partir de la fin de la grêle à environ 5 centimètres du confluent ilèo-cæcal jusqu'au niveau correspondant à environ la distance de 10 centimètres du pôle supérieur de la tumeur.

Anastomose bout à bout de l'iléon et du colon ascendant dont je diminue l'ouverture par une fermeture terminale, partielle en raquette. Anastomose en deux plans au catgut à résorption lente. Drainage, paroi au catgut.

Mon ami le docteur Leroux a pratiqué l'examen de la pièce. Vos y verrez que la paroi du kyste est constituée par une lame conjonctive. « Cette lame est assez dense à l'extérieur. Sa face interne par contre, apparait dissociée avec égaillage mono-nucléaire. Les cellules conjonctives ainsi dissociées nagent dans une substance fondamentale amorphe dont l'aspect fibrillaire ou nuageux est dû à l'action du fixateur substance mucoide colorable par le mucicarmin ». (Leroux).

Les suites opératoires immédiates furent très simples. Il n'y eut ni suppuration ni fistule stercorale. Elles ne furent

troublées que par l'apparition d'une phlébite du membre inférieur droit qui en avait été atteint autrefois. La malade s'est levée au bout de vingt et un jours d'apyrexie totale. Elle est actuellement en excellente santé et n'est obligée de recevoir des soins que pour des questions d'ordre neurologique sans aucun rapport avec l'intervention.

La pièce examinée montrait que les deux tiers du cæcum étaient occupés par une masse régulière, élastique qui fut ouverte et s'affaissa complètement, en laissant echapper une gelée jaune clair sous pression. La poche ainsi constituée ne communiquait pas avec la lumière cæcale et ses parois étaient souples et d'épaisseur normale. Le siège de la tumeur et son incorporation apparente aux tuniques cæcales permettaient de penser à une mucocèle du cæcum affection extrêmement rare sans participation appendiculaire, mais il était absolument impossible de trouver trace de l'appendice, au premier abord. En recherchant celui-ci, on finit par trouver que la poche kystique d'un volume considérable puisqu'elle mesurait environ 10 centimètres sur 7, était intimement fusionnée à la paroi du cæcum sans participation de ce dernier et sans communication avec sa lumière. La mucocèle pure du cæcum est, en effet, extrêmement rare, puisque nous n'avons pu en retrouver qu'un cas indiscutable, publié par Picart, Pichat, et Thébaut dans les « Archives de l'appareil digestif » en 1936.

LES 3 OBSRVATIONS DE M. GEORGES LARDNNOIS

Académie de Chirurgie (7 décembre 1938)

Quelques diagnostics différentiels :

1° Possibilité d'erreur : Prendre le kyste pour une tumeur.

J'ai l'observation d'une dame de 45 ans, depuis longtemps sujette à des malaises digestifs et qui avait vu se développer dans sa fosse iliaque droite une tuméfaction fixée, sans élevation de la température. Se manifestaient des

signes de sub-occlusion avec syndrome de Kœnig caractéristique. Tres mauvais état général. De nombreuses consultations médicales contradictoires s'étaient tenues qui avaient conclu à l'inopérabilité et à l'envoi de la malade à Mme Simone Laborde pour radiothérapie pénétrante. C'était en 1923, la radiothérapie profonde prenait position auréolée de promesses qu'elle n'a pas tenues.

Mme Simone Laborde m'adressa la patiente qui était fort mal en point. Je l'opérait le 17 février 1923. Ce n'était ni un cancer, ni une tuberculose du cæcum, possibilité envisagée d'après divers antécédants familiaux et certains aspects radiologiques. Il s'agissait d'un gros kyste appendiculaire à contenu comparable à de la colle d'amidon. Ce kyste, plus gros qu'un œuf était soudé à la face postérieure du cæcum qu'il soulevait. Je pus l'enlever sans léser le cæcum. Inquiet de la nature de cette tumeur, je reçu du professeur Leroux l'apaisement que voici :

Examen histologique :

La paroi de la poche parait bien être constituée par différentes couches appendiculaires. La muqueuse a entièrement disparue. Dans l'épaisseur de la sous-muqueuse, qui apparait très fibreuse, on note, d'une part, la présence d'ilots inflammatoires à lymphoctes systématisés autour des vaisseaux, d'autre part, des plages de dégénérescence mucoide dans lesquelles la substance fondamentale prend un aspect **filamenteux métachromatique** et les éléments cellulaires disparaissent. Nulle part on ne trouve de cellules épithéliales permettant de penser à une formation epithéliale colloide.

Conclusion :

Il s'agit d'une **réaction inflammatoire chronique avec dégénérescence mucoide d'origine conjonctive.**

Mon opérée est toujours vivante et satisfaite de sa santé.

2° Possibilité de confusion : Une affection gynécologique.

Voici le cas d'une malade de 40 ans. L'allure clinique était toute différente. Trente ans auparavant, en 1893, elle avait été soignée par le professeur Paul Berger pour appendicite à crises répétées. Elle n'avait pas été opérée.

A partir de 1919, elle vint à souffrir du bas ventre. Le

diagnostique porté fut celui de salpingite chronique droite avec pelviperitonite. La malade fit de longs séjous au lit et une série de cures à Luxeuil.

Je la vis en 1923 et l'opérait le 20 février, trois jours après la maladie dont je viens de parler précédemment. Je pris la voie médiane. Sous des adhérences complexes qui constituaient un barrage au dessus du bassin, je trouvai l'apparence de ce que Pean a appelé « la maladie gélatineuse du péritoine ».

Le bassin était rempli d'une quantité déconcertante de gelée mucoide qui remplissait de multiples loges creusées entre la vessie, l'S iliaque, le grêle et l'épiploon. L'aspect était celui d'une gélée d'abricots répandue à profusion.

Les annexes et l'uterus étaient sains, recouverts d'un péritoine épaissi et tomenteux. L'appendice gros comme une anse iléale était largement ouvert et béant. Sa cavité était remplie de la masse gélatineuse si largement répandue. Et c'était de cette cavité sans possibilité de doute que venait toute cette abondante gelée.

Je me trouvais en présence d'un cas de « pseudo-myxome appendiculaire » comme l'ont appelé M. Hartmann et Léon Binet.

Voici le compte rendu que me fournit M. Leroux de l'examen histologique de cet appendice :

M^me^ G... « La paroi appendiculaire n'est plus représentée que par une couche fibreuse à la périphérie de laquelle on reconnait encore quelques trousseaux musculaires lisses. Dans la bande fibreuse on note de multiples points de dégénérescence mucoide des éléments conjonctifs et de nombreux placards de surcharge calcaire.

« Toute trace d'épithélium a disparu et l'on note, en bordure de la cavité, une réaction inflammatoire subaiguë.

« En résume : appendice pseudo-kystique d'origine inflammatoire avec dégénérescence mucoide et surcharge calcaire du tissu conjonctif ».

L'opérée vit toujours, en bonne santé.

3° Cancer colloide ou appendicite kystique en cours d'intervention.

Homme de 43 ans. A l'âge de sept ans, pérityphlite. A neuf ans, abcès lombaire droit. A dix ans, intervention

à Strasbourg par le professeur Jules Boekel qui explore, dit le patient, « jusqu'à l'os, lequel n'est pas malade ». La supuration dure avec rémissions jusqu'à l'âge de 14 ans. Le contexte indique que cet abcès lombaire-iliaque était d'origine appendiculaire.

Amélioration lente de l'état général. Le patient peut accomplir son service militaire et ensuite faire toute la guerre comme homme de troupe.

En 1919, à 39 ans, le phlegmon iléo-lombaire droit reparait. On pense à un abcès froid. On le ponctionne, il ne vient qu'un peu de gélatine qui analysée ne donne aucune indication. Le patient consulte à nouveau et le diagnostic de « tumeur provenant de vieille appendicite mais inopérable en raison des adhérences dangereuses » est posé clairement.

Rechute grave en juillet 1922 avec 39° et 40°. La cicatrice lombaire se réouvre après 28 ans donnant issue à du pus, des amas colloïdes et des matières fécales.

On décida l'intervention.

Dans un premier temps, nous éxécutâmes une exclusion bilatérale du colon droit et des 30 derniers centimètres de l'iléon, avec anastomose iléo-colique sur le transverse. Un mois après, j'attaquait la tumeur cæcale et je le trouvai baignant dans un magma colloïde. L'examen histologique pratiqué ne laissait aucun doute. En voici le compte rendu résumé :

« Magma colloïde dans lequel nagent quelques végétations éphithéliales glandulaires à cellules indifférenciées. Réseau fibreux abondant et poly-nucléaires mélangés à la substance colloïde. Epithélioma colloïde avec réaction inflammatoire surajoutée.

Le malade devait succomber deux ans après, six ans après le renouveau de ses anciens accidents appendiculaires.

OBSERVATIONS DE M. MOULONGUET

Académie de Chirurgie (Mars 1942)

M. Moulonguet rapporte l'observation suivante :

« Opérant une femme de 56 ans pour kyste volumineux de l'ovaire, il trouva qu'il en existait deux, un de chaque côté, tous les deux à paroi très mince et fragile à contenu extrêmement oisseux, pris en gelée le gauche était rompu, le droit était intact.

L'appendice ressemblait à un cornichon érigé à parois épaisse jaunâtre : mucocèle appendiculaire typique dit-il.

L'examen anatomo-pathologique révéla que les kystes ovarique étaient du type mucoïde à cellules caliciformes, l'appendice qui macroscopiquement avait un contenu gélatineux tout à fait analogue à celui des kystes présentait microscopiquement une musculeuse intacte mais par contre, une muqueuse desquamé, enfin, la muqueuse utérine était en état d'hyperplasie et d'hypersécretion très manifeste, fait remarquable chez une femme ménauposée depuis sept ans.

M. Moulonguet s'appuyant sur les observations analogues de M. M. Harman, Binet, Schumann, Eden-Rat, Baylet, Novak, posent la question suivante : cette co-existence entre le kyste mucoïde de l'ovaire et le mucocèle appendiculaire au lieu d'être un fait exceptionnel, ne serait-elle pas plutôt la règle et de s'appuyer pour justifier son hypothèse sur la théorie chimique dont il est l'auteur. (Voir pathogénie).

Clinique

HISTORIQUE

La mucocèle ou appendicite kystique a été décrite en 1861 par Rokitausky et en 1864 par Cruveihlier. Le premier travail étendu sur la question est de Walter, en 1899. Puis, Letulle Bérard et Vignard abordent ce sujet qui est repris dans les thèses de Kerembrun, Dubas (élève de Broca), Delbosc et Palayer. Enfin, une étude d'ensemble est faite dans la thèse de Peltier et dans l'article de Dambrin (Gazette des Hôpitaux, 11 janvier 1936).

ETIOLOGIE

Quoiqu'on ait cité quelques exemples de mucocèle de l'appendice chez l'enfant, celle-ci, et surtout dans les formes tumorales, s'observe principalement chez l'adulte et après quarante ans, ce qui dans une certaine mesure pourrait être en relation avec l'évolution régressive de l'appendice dans la deuxièème moitié de la vie.

L'affection n'est généralement pas une découverte opératoire. Ordinairement, on trouve dans

les antécédents remontant à quelques semaines, quelques mois, plusieurs fois quelques années, une ou plusieurs crises d'appendicite aiguë nettement caractérisées. D'autres fois, cependant (et il semble même que ce soit là le cas le plus fréquent) l'affection prendra d'emblée le type d'appendicite chronique avec douleurs vives et apyrétiques. Exceptionnellement, c'est après opération d'urgence pour accidents d'allure péritonéale qu'en sera faite la découverte.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Aspect macroscopique : Classiquement la mucocèle appendiculaire se présente macroscopiquement sous trois grandes formes :

— la mucocèle occupant la totalité de l'appendice,

— la mucocèle partielle,

— la mucocèle dite cœco-appendiculaire.

1. Mucocèle occupant la totalité de l'appendice.

L'ensemble se présente comme étant rarement libre dans la fosse iliaque, plongeant en battant de cloche dans le petit bassin. Mais, le plus souvent, il y a adhérence au cœcum et la séparation des deux par un plan de clivage peut s'avérer difficile. Ayant la forme d'une banane, son volume peut atteindre la proportion du poing, et les dimensions habituelles sont de 10 à 12 cm. de hauteur sur 4 à 6 cm. de large. L'aspect extérieur est en général blanc nacré, de consistance rénittente ou parfois fluctuante,

2. **Mucocèle partielle.**

Une partie de l'appendice se retrouve. Généralement la mucocèle occupe les trois quarts inférieurs de l'appendice dont le quart supérieur est sténosé. Mais on peut également la retrouver en divers points bien limités, notamment à la pointe de l'organe ou elle simule une petite cerise, mais sa position médiane ou basale ne saurait constituer une exception.

3. **Mucocèle dite cœco-appendiculaire.**

Il sagit simplement d'une mucocèle particulièrement développée, venant faire hernie sous la muqueuse cœcale qu'elle soulève en dôme.

Aspect microscopique. — L'aspect histologique présenté par la mucocèle appendiculaire peut en général se rattacher aux différentes tuniques composant un segment quelconque de l'intestin, mais selon les degrés de distension de la poche, on peut opposer deux types.

Au début, la muqueuse a perdu ses plis mais tous les éléments sont parfaitement reconnaissables. Il y a simplement tassement et refoulement des éléments de la paroi, aboutissant à une sclérose inflammatoire. Le revêtement épithélial est normal, le chorion diminué d'épaisseur, les glandes en tubes raccourcies et couchées parallèlement à la surface de la muqueuse. La sous-muqueuse est tassée, refoulée contre la musculeuse, en voie d'avascularisation, et envahie par la sclérose. Quant aux deux couches musculaires la plupart du temps elles sont très amincies.

A la fin, l'on se trouve devant un processus inflammatoire, où les différentes couches sont très

difficiles à retrouver. Tous les examens histologiques pratiqués à ce stade sont d'accord pour reconnaître l'épaississement considérable de la couche externe, épaississement fait de couches lamelleuses très épaisses disposées en strate régulière, sur son avascularisation, l'amincissement très important des deux couches musculaires avec infiltrat plasmocytaire, la fibrose plus ou moins généralisée de la muqueuse et sous-muqueuse, fibrose où l'on retrouve des associations de cellules endothéliales et cylindriques donnant naissance à des cellules géantes remplies d'une substance faiblement caséeuse, et perdu çà et là de petites concrétions calcaires ainsi que lymphocytes et plasmocytes.

Mais la question est tout autre en ce qui concerne l'interprétation de ces phénomènes; s'agit-il d'une réaction inflammatoire banale, ou bien syphilitique ou tuberculeuse comme pourrait le laisser supposer les plages plasmocytaires périvasculaires, les cellules géantes avec fonte caséiforme, c'est ce que l'on s'est efforcé de préciser en analysant la nature du contenu. Rarement muco-purulent, il est le plus souvent constitué par un liquide séreux soit citrin, séro-albumineux avec grumeaux blanchâtres et fibrine, soit, et c'est le plus fréquent, par une gelée blanchâtre, diffluente, demi-coagulée, mais donnant toujours dans les deux cas la réaction de la mucine. Dans ces conditions, et si l'on veut bien en plus considérer sa stérilité très fréquente, la question restant pendante, les regards se sont tournés vers la pathogénie de l'affection.

PATHOGENIE

A quoi attribuer le développement de la mucocèle appendiculaire?

Dans l'état actuel des choses, trois théories se sont succédées; à la vieille conception mécanique se sont substituées les vues plus récentes de MM. Delarue et Moulonguet qui s'appuyant sur des exemples précis se sont montrés partisans d'une origine nerveuse ou chimique de l'affection. Enfin, MM. les Professeurs Bimes et Virenque, dans l'observation rapportée, soulèvent le problème de la mucocèle parasitaire.

THEORIE MECANIQUE. — D'après elle, quatre conditions seraient nécessaires à la réalisation du kyste muqueux : oblitération de l'appendice à sa base par torsion progressive, fermeture de la valvule de Gerlach et surtout par processus d'appendicite inflammatoire oblitérante — absence d'infection; persistance dans le segment situé sous l'oblitération d'une muqueuse capable de sécrétion mais à pouvoir d'absorption réduit ou nul; possibilité pour la paroi de ce segment de se laiser distendre.

Quant au pseudo-myxome péritonal, il résulterait non d'un passage par dialyse du mucus à travers la paroi appendiculaire distendue et amincie mais presque certainement d'une perforation d'une fissuration microscopique de cette paroi. Les énormes masses de mucus gélatineux accumulées dans l'abdomen proviendraient soit de l'issue hors de l'appendice du mucus sécrété à l'intérieur de celui-ci, soit à la greffe à la surface du péritoine de cellules mucipares provenant de

l'appendice. La lecture des différents mémoires consacrés au développement du pseudo-myxome permet de trouver des arguments apparemment valables en faveur de l'une ou l'autre thèse.

L'évolution généralement bénigne et lente du pseudo-myxome d'origine appendiculaire qui n'a pas la gravité du pseudo-myxome succédant au kyste de l'ovaire, permet à certains auteurs d'opposer les deux affections, de considérer la première comme le résultat d'un phénomène purement mécanique (rupture d'un foyer de sécrétion muqueuse) tandis que les masses gélatineuses accompagnant un kyste de l'ovaire seraient un véritable cancer à évolution lente (essaimage péritonéal de cellules sécrétantes). D'autre part, les partisans de la greffe de cellules mucipares dans le péritoine en cas de pseudo-myxome d'origine appendiculaire mettent en évidence certaines constatations histologiques frappantes. Celles de Michaelson sont à cet égard les plus précises; cet auteur a pu voir un kyste muqueux de l'appendice perforé à son extrémité distale et revêtu extérieurement d'une muqueuse mucipare en continuité avec le revêtement interne du kyste. Michaelson conclut que le pseudo-myxome d'origine appendiculaire est le résultat de la greffe et de la multiplication à distance de cellules cylindriques différenciées et que ce fait est l'équivalent de certaines « proliférations anormales d'épithéliums normaux » observées par exemple dans les kystes épithéliaux traumatiques, les fistules de l'attique et des kystes de la chambre antérieure de l'œil.

THEORIE NERVEUSE. — Que penser en réalité de ces diverses données?

Tout d'abord, s'il est en effet très fréquent de trouver la lumière appendiculaire obturée à la base de l'organe par un processus d'appendicite oblitérante, cette oblitération n'est cependant pas constante comme le pense la majorité des auteurs.

M. Delarue cite le cas d'un kyste muqueux sous-jacent relié au cœcum par un segment d'appendice normal; il cite encore deux autres cas où la mucocèle qui s'exprimait par une dilatation globale de l'appendice était largement ouverte en haut et communiquait avec le cœcum par un orifice de près de 1 cm. de diamètre.

Enfin, dans quatre autres observations, le même auteur nous indique que les recherches microscopiques et histologiques les plus minutieuses ne lui ont pas permis de trouver de perforation ni même de fissuration appendiculaire.

Il semble donc résulter de ces quelques faits que l'oblitération de l'appendice à sa base n'est pas une condition « sine qua non » pour la production du mucocèle appendiculaire.

Il semble au contraire que tout se passe comme si l'accumulation de mucus dans un appendice distendu résultait de deux facteurs associés et simultanés, une hypercrinie intense des glandes à mucus et une distension extrême de la tunique musculaire d'un segment ou de la totalité de l'organe. Or, ces deux facteurs convergents peuvent être réunis sous le chef d'une même action physiologique exagérée; celle d'une incitation particulière des filets nerveux sécrétoires qui ont en même temps une action antagoniste de celle des constrictions musculaires. On ne saurait expliquer, en effet, la distension de l'appendice par la poussée excentrique d'un mucus surabondam-

ment sécrété; la dilatation « kystique» succède en d'autres termes à des phénomènes d'ordre paralytique.

Il ne s'agit pas du reste ici d'un cas particulier mais bien d'une loi générale; l'étude des bronches a en effet révélé la simultanéité d'une dilatation paralytique de la charpente musculaire et une intense hypercrinie des glandes bronchiques, phénomène physio-pathologique élémentaire qui joue dans la pathologie pulmonaire un rôle de premier plan.

A la théorie mécanique jusqu'ici admise, il semble donc qu'il faille substituer une théorie nerveuse de la mucocèle appendiculaire.

THEORIE CHIMIQUE. — Mais l'observation récente de M. Moulonguet où ce dernier signale la coexistence de kystes mucoïdes de l'ovaire et d'un mucocèle appendiculaire associés à une hyper-sécrétion de la muqueuse utérine chez une femme de cinquante-six ans, ménopausée depuis plus de sept ans, semble ouvrir une nouvelle voie, celle de la théorie chimique. M. Moulonguet suggère, en effet, l'hypothèse suivante : l'organisme résorbant d'énormes quantités de mucine au niveau du péritoine pour se débarrasser de ce glyco-protéide qui paraît difficilement clivable, mettrait en branle tous les appareils glandulaires susceptibles de l'évacuer tel quel or du milieu intérieur. Ce serait par une excitation chimique que les glandes fonctionnant comme émonctoires expliqueraient la fréquence ou peut-être la constance de la mucocèle appendiculaire dans les épanchements gélatineux du péritoine, **l'appendice jouant le rôle d'organe excréteur de l'épanche-**

ment péritonéal au même titre d'ailleurs que les glandes utérines et peut-être le colon et l'estomac.

THEORIE PARASITAIRE. — Se basant sur la forme régulièrement arrondie des grains calcaires de la muqueuse, les Professeurs Bimes et Virenque, se demandent s'il ne conviendrait pas de rechercher une nature parasitaire de l'affection. La réponse à la question posée n'a pas encore reçu de solution, mais elle a dû moins le grand mérite d'ouvrir une nouvelle et intéressante perspective.

CLINIQUE

En nous basant sur l'observation décrite, et sur les observations publiées par MM. Hartmann, Binet, Berger, comment définir les caractères principaux de l'affection? Quatre points doivent retenir notre attention :

1. La mobilité de la masse tumorale,
2. l'insignifiance des signes fonctionnels,
3. la conservation presque parfaite de l'état général,
4. l'apport presque toujours décisif de la radiologie.

1. La mucocèle se présente avant tout comme une tumeur de la fosse iliaque droite, quelques fois un peu plus élevée, d'autres fois franchement hypogastrique. Normalement elle paraît ovoïde, à grand axe vertical ou oblique. De surface régulière lisse, toujours parfaitement limitée, elle présente une consistance ferme ou rénitente, parfois presque dure et, fait capital, une étonnante mobi-

lité. Mobilité surtout nette dans le sens transversal (la mucocèle de notre observation pouvant être ramenée au niveau du pubis), mais pouvant aussi être mise en évidence dans le sens vertical quoique avec généralement moins de netteté. Enfin, elle ne subit pas les impulsions respiratoires, et si elle se trouve de siège pelvien, la position de Trendelenburg l'en chasse.

2. Les signes fonctionnels sont le plus souvent réduits au minimum. Généralement on ne trouve pas de troubles du transit intestinal (ni constipation, ni diarrhée), et toute l'histoire de la maladie se borne à quelques cas de phénomènes douloureux ayant pour siège la fosse iliaque droite ou la région hypogastrique, phénomènes douloureux apyrétiques et avec rares vomissements faisant porter le diagnostic d'appendicite chronique.

3. Autre fait frapant de l'affection : la conservation de l'état général ou, tout au plus, une légère atteinte, et le contraste d'un aspect floride et d'une carence totale de troubles fonctionnels avec une volumineuse tumeur qui semble colique n'est pas l'élément le moins surprenant du tableau clinique ce qui, aidé par la radio, devrait nous permettre de soupçonner le diagnostic de mucocèle appendiculaire.

4. L'image radiologique est essentiellement fournie par le lavement baryté, et nous permet de localiser d'abord à l'intestin ou plus exactement à son contact immédiat et intimement solidaire de lui la tumeur perçue, ce qui élimine automatiquement les tumeurs ectopiques qui auraient pu être cliniquement évoquées : kyste de l'ovaire,

rein ptosé, ectopie testiculaire, vésicule hydropique. Cette tumeur se présente comme refoulant le cœcum et en étant séparé par une lacune périphérique y faisant encoche, lacune tantôt inférieure et interne comme dans notre observation ou celle de Berger, tantôt externe, ou franchement inférieure, paraissant inverser le fond cœcal. Mais la lacune est toujours d'un contour net, précis, exactement tracé, avec imprégnation régulière du cœcum ce qui élimine le néoplasme à caractère anfractueux et irrégulier, et la tuberculose dont le manque d'imprégnation est le caractère fondamental.

Cependant, il ne faudrait pas croire que tous les mucocèles appendiculaires nous donnent ce tableau clinique, et il existe quelques aspects particuliers s'éloignant de ce schéma classique, et venant compliquer singulièrement le diagnostic.

Formes Cliniques

Nous ne ferons que les signaler sans nous y appesantir devant les retrouver au chapitre du diagnostic différentiel. Signalons :

— les tumeurs à éclipse jouant l'hydronéphrose;

— les formes sub-occlusives simulant le cancer,ou même les occlusions imposant l'intervention d'urgence.

— les formes aiguëes simulant l'appendicite aiguë.

Et, quoique les ayant éliminés comme ne faisant pas partie de notre sujet, notons les associations relativement fréquentes du mucocèle de l'appendice avec un kyste mucoïde de l'ovaire, ou un pseudo myxome du péritoine.

Diagnostics

DIAGNOSTIC POSITIF

Quoique la plupart du temps, le diagnostic ne soit fait qu'opératoirement, dans la forme typique il est cependant possible de le faire sur les seules données de la clinique : tumeur abdominale de la fosse iliaque droite apparaissant comme un élément isolé, sans trouble fonctionnel, sans signes généraux, sans troubles de transit, sans fièvre, sans altération de l'hémogramme.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Quant au diagnostic différentiel, il doit consister à éliminer d'abord les lésions cœcales proprement dites, ensuite les lésions de voisinage.

Lésions cœcales.

Appendicite aiguë. — Pour les deux cas, nous avons l'arrêt des matières et des gaz, les vomissements, la contracture, l'hyperthermie. Mais en faveur de la mucocèle, il existe souvent des crises antérieures; de toute façon, le diagnostic opératoire s'impose et l'erreur n'a pas d'importance.

Cancer de l'angle iléo-cœcal. — La tumeur est en général moins mobile, il existe des troubles du transit, avec atteinte de l'état général, anémie, et souvent légère fièvre. Enfin la radio montre une imprégnation anfractueuse et irrégulière de la région.

Tuberculose appendiculaire. — Aux signes généraux d'imprégnation tuberculeuse, cuti positive, amaigrissement, verne résorcine positive, perte d'appétit, température, sueurs, s'ajoutent les troubles digestifs, le météorisme, la recherche souvent positive des B. K. dans les selles, enfin le défaut d'imprégnation de la région par la bouillie barytée.

Lésions de voisinage.

Ptose rénale. — Par la palpation bimanuelle, on reconnaît le rein qui remonte dans sa loge si l'on renverse le sujet et qui ainsi ne se trouve plus. La symptomatologie est différente. La radio : urographie affirme le diagnostic.

Ectopie testiculaire. — Généralement inguinale et non iliaque, elle se voit chez les jeunes en général la mucocèle chez l'aduste, et surtout fait décisif les bourses sont vides.

Hydronéphrose. — Pour être sentie, il faut une grosse hydronéphrose, c'est une tumeur qui n'est pas mobile. Ici encore l'urographie et la pyelographie affirme le diagnostic.

Kyste de l'ovaire. — Le diagnostic clinique s'avère ici souvent d'autant plus difficile qu'il y a souvent association des deux. Mais la radio mettra en évidence la mucocèle, alors que le kyste

donnera ou aura donné des signes de compression et entraînera des troubles du cycle menstruel.

Hydrocholeciste. — Représente comme certaine mucocèle une tumeur à éclipse. Mais apparaît surtout chez la femme après des grosseses, ou sur tempérament arthritique, il y a déjà un long passé avec coliques hépatiques, enfin la radio du tube digestif n'indique rien d'anormal.

Hodgkins. — Il existe des formes à début abdominal, avec grosses masses ganglionnaires de la région iléo-lombaire droite, mais la maladie survient surtout chez des sujets jeunes, évolue rapidement, en plus : fièvre, prurit, splénomégalie et diffusion précoce aux chaînes ganglionnaires externes. Encore ici la radio digestive permet d'éliminer le diagnostic.

Thérapeutique

Une fois le ventre ouvert, nous pouvons avoir une mucocèle partielle, laissant voir la partie inférieure de l'appendice, ou bien une volumineuse tumeur ayant amené une disparition complète de l'organe.

Là du reste n'est pas la question, car du point de vue thérapeutique le tout est de savoir comment la tumeur adhère au cœcum et s'il existe ou non un plan de clivage. Or la mucocèle est le plus souvent réunie au col ou lorsqu'elle le flanque par des nappes d'adhérences charnues et l'intervention pourra consister dans la simple ablation de l'appendice kystique ou comporter, au contraire, une résection iléo-cœco-colique. Il est sage, par conséquent, de prévoir une large voie d'abord exploratrice, et la voie para-rectale paraît la plus recommandable. Limitée à la fosse iliaque, elle permet l'ablation d'une mucocèle libre, agrandie vers le haut elle permet une hémicolectomie facile.

Cela étant, ou la mucocèle est libre, la base de l'appendice est accessible et intacte, l'ablation est facile, ou la mucocèle adhère fortement au colon.

Ici deux cas : si l'on peut trouver un plan de

clivage, on pratique l'exérèse et, le cas échéant, on fait la réfection du fond cœcal, sinon seule l'hémicolectomie s'impose, que la continuité colique soit rétablie par une anastomose termino terminale, ou latéro latérale.

Conclusion

1. La mucocèle est une dilatation de la cavité appendiculaire qui peut être totale ou partielle.

2. Sa paroi présente des aspects histologiques variés depuis la conservation presque complète de la tunique muqueuse, jusqu'à la transformation de toutes les tuniques pariétales en une lame fibreuse.

3. Sa formation donne lieu à trois théories : mécanique, nerveuse et chimique qui, sans être chacune en soi complètement satisfaisante, montre un aspect différent du problème encore accru par l'hypothèse des professeurs Bimes et Virenque soulevant le problème de l'origine parasitaire de l'affection.

4. Sa symptomatologie se traduit par des crises répétées, assez douloureuses, apyrétiques, par une tumeur libre et une bonne conversation de l'état général.

5. Son diagnostic qui devrait être soupçonné, n'est le plus souvent qu'opératoire.

6. Sa thérapeutique différente selon les cas est radicale, et les rechutes n'existent pratiquement pas.

Vu : *Le Président de Thèse,*
VIRENQUE

Vu : *Le Doyen,*

Pour le Doyen, l'Assesseur :
LEFÈBVRE

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 8 Juillet 1948,

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
P. DOTTIN.

Bibliographie

Fere. — Progrès Médical, 1877.

Peltier. — Thèse Paris 1924 : Kystes et diverticules de l'appendice.

Berger. — Académie de Chirurgie, 7 déc. 1938.

Goinard, Le Genissel et **Marie.** — Bulletin Société Electro-Radiologique Médicale de France.

Moulonguet. — Académie de Chirurgie, 7 décembre 1938.

Lardenoir. — Académie de Chirurgie, 7 décembre 1938.

Dargent, Bérard et **Francillon.** — Lyon Chirurgical, 1940, t. XXXVI, p. 704.

Hartman. — Académie de Chirurgie, 7 déc. 1938.

Bleirad. — Thèse Paris 1947 : Sur un cas de mucocèle et de carcivoïde de l'appendice associés avec un pseudomyxome péritonéal diffus.

Kerambrun. — Thèse Paris 1901 : Contribution à l'étude des kystes appendiculaires et paracœcaux.

Hyvernaud. — Thèse Paris 1920 : Le pseudomyxome d'origine appendiculaire.

Gely. — Thèse Montpellier 1938-1939 : Formes tumorales de l'appendice.

Abdensky (S.). — Mucocèle Cas. Zentralbl. f. chir., 63, pp. 1717-1720, 18 juillet 1936.

Akerlund (A.). — Mucocèle. Diagnostic radiologique (Acta Radio, 17, pp. 594-601, 1936).

Alt (L.)). — Mucocèle simulant une appendicite aiguë (Beur. Z. Klin. chir., 1932).

Atlas d'Anatomie pathologique. — Mucocèle (Brit. J. Surg., sup. 21, pp. 333-356, février 1936).

Bell (T.-F.). — Mucocèle complication de la pathogénie pelvienne (West. J. Surg., 43, pp. 597-607, novembre 1935).

Blasi (A. de). — Etude expérimentale du mucocèle (Arch. Ital. d. Mal. d. App. Dig., 6, pp. 916-940, 1937).

Brown (B. C.) et **Mac Hardy (G.).** — Mucocèle (Clinics., 3, pp. 622-629, octobre 1944).

Chiffettet (A.) et **Scandroglio (J.).** — Mucocèle cas (Ann. Fac. de Med. de Montevideo, 23, 1938).

Groig (P.-E.) et **Fortner (Ch.).** — Mucocèle 6 (I. Kansas M. Soci, 39, pp. 92-95, mars 1938).

Crau (B.-S.). — Mucocèle (Lancet 1, pp. 395-397, 24 février 1934).

Dameuter (W.-T.). — Mucocèle (An. J. Obst. et Gynac, 31 février 1936).

Dorvey (J.-E.) et **Wakman (J.-N.).** — Mucocèle suivie d'obstruction partielle de la veine cave (J. Missouri, M. A., 31, pp. 227-229, juin 1934).

Doyle (J.-R.). — Mucocèle 12 cas (West. J. Surg., 47, pp. 515-521, septembre 1935).

Kross (L.). — Mucocèle simulant un cancer (New-York State J. Med., 38, 1er septembre 1938).

Leonardini (P.) et **Masciotta (P.-L.).** — Traitement chirurgical de la mucocèle (Semana Med., juillet 1929).

Muslav (F.-M.). — Mucocèle diverticulaire invaginée dans le cœcum (Tr. Chicago Path. Soc., 1er juin 1931).

Oriego (F.). — Mucocèle expérimentale (Arch. ital. di chir., 55, pp. 504-561, 1938).

Dép. lég. 2me tr. 48. Aa 97

Imp. Toulousaine (R. Lion), 2, rue Romiguières